FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 80

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond TORTAT

Né à Saint-Jean-d'Angély, le 8 octobre 1885

SUBLUXATIONS VOLONTAIRES DE L'ÉPAULE

Président : LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

80

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond TORTAT

Né à Saint-Jean-d'Angély, le 8 octobre 1885

SUBLUXATIONS VOLONTAIRES DE L'ÉPAULE

Président : LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SUBLUXATIONS VOLONTAIRES
DE L'ÉPAULE

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, c'est pour nous un agréable devoir, de profiter de l'occasion qui nous est offerte, pour présenter à nos maîtres l'hommage de notre reconnaissance.

Dès le début de nos études médicales, M. le professeur Pierre Delbet, voulut bien nous accueillir dans son service de l'hôpital Laënnec. Nous garderons toujours le souvenir de son enseignement, qui sut nous inspirer, dès ce moment, l'amour de l'art dont nous entreprenions l'étude.

Que nos maîtres, M. le professeur Kirmisson, M. le professeur Achard, M. le Dr Siredey, M. le professeur Déjerine, nous permettent de leur offrir l'expression de notre gratitude pour les excellentes leçons et les hauts exemples professionnels qu'ils nous ont toujours offerts.

A M. le Dr Demelin, nous devons le meilleur de nos connaissances obstétricales. Qu'il veuille bien

agréer l'expression des remerciements que nous lui en adressons ici.

M. le Dr Bergé, voulut bien nous recevoir dans son service de l'hôpital Broussais. Nous lui offrons ici l'expression de notre reconnaissance pour son accueil si bienveillant, et pour l'enseignement dont il nous permit de profiter.

M. le Dr Mouchet, nous permettra de lui offrir ici l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer lors de la composition de cette thèse.

Qu'il nous soit permis, enfin, d'adresser l'hommage de notre vive reconnaissance à M. le professeur Lejars, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Sa bienveillance, et son enseignement que nous reçûmes durant deux semestres à l'hôpital Saint-Antoine, resteront toujours gravés dans notre mémoire.

Note. — Les radiographies et photographies que nous publions sont dues à l'obligeance de M. le Dr Gastou, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis. Nous lui en adressons nos vifs remerciements.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer nous-mêmes un cas de luxation volontaire extra-coracoïdienne de l'épaule, nous avons soumis le sujet, porteur de la lésion à l'examen de notre maître, M. le Dr Mouchet. Celui-ci nous a signalé deux cas analogues, dont un observé par M. le Dr Grégoire, qui a bien voulu nous en communiquer l'observation, et nous permettre de la publier ici. Qu'il nous soit permis de l'en remercier, ainsi que de l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé.

L'examen de ces trois cas nous ayant paru digne d'intérêt, nous avons poussé, plus avant, l'étude de la question. Aucune publication n'avait été faite à notre connaissance, spécialement sur ces variétés de luxations. La luxation récidivante involontaire, par opposition à celle qui nous occupe était décrite dans les traités classiques, dans nombre de publications françaises et surtout étrangères. Mais nulle part, on n'avait fait une classe à part de celles de ces luxations qui se produisent, sans traumatisme primitif, à la volonté du sujet, à l'occasion d'un mouvement bien défini et se réduisent spontanément. Et néanmoins, outre les

trois observations dont deux inédites que nous apportons, nous en trouvâmes une quatrième, publiée sous le titre de luxation récidivante, qui nous semble rentrer dans notre cadre.

Il nous a paru intéressant de réunir ces quelques observations, accompagnées des réflexions qu'elles nous ont suggérées. Nous n'avons point la prétention d'avoir fait une étude complète de la question, de l'avoir mise au point, en quelque sorte. Notre ambition se borne à mettre en lumière quelques faits, à en tirer quelques déductions immédiates, qu'ils nous semblent comporter.

Nous espérons qu'on voudra bien nous tenir compte de ce que le sujet que nous abordons n'a pas été traité jusqu'ici, à notre connaissance ; nulle part malgré nos recherches, nous n'avons trouvé mention des luxations volontaires détachées du cadre des luxations récidivantes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

R. T..., étudiant en médecine, vingt-six ans.

Antécédents héréditaires. — Néant. Léger arthritisme chez les ascendants.

Antécédents personnels. — N'a le souvenir d'aucun traumatisme portant sur l'épaule gauche. A interrogé ses parents pour savoir s'il y en avait eu durant son enfance : réponse négative.

Léger rachitisme durant l'enfance.

A fait, de huit à dix-neuf ans, quotidiennement, de la gymnastique aux agrès, notamment le mouvement connu sous le nom de « renversement et rétablissement » au trapèze et aux anneaux. Avait l'habitude, dans ce mouvement, de descendre tout d'abord, et plus profondément que le droit, le côté gauche. N'a jamais éprouvé la moindre douleur en ce faisant.

Jamais d'affection inflammatoire ou rhumatismale à l'épaule gauche. A eu quelques douleurs rhumatismales légères à l'épaule droite, à seize et dix-sept ans.

A fait son service militaire sans aucune gêne. Scarlatine à vingt et un ans.

Le sujet présente la particularité d'avoir tous ses réflexes

tendineux abolis, depuis au moins sept ans, date où il a recherché par passe-temps leur existence. Aucun signe d'affection nerveuse.

A le souvenir d'avoir pu, depuis fort longtemps (il ne peut préciser même approximativement la date de début, qui remonte à dix ans au moins), faire « craquer » son épaule gauche. Son attention fut attirée sur ce point au cours de ses études médicales, et il crut pouvoir diagnostiquer une luxation incomplète, ou extra-coracoïdienne de l'épaule, qu'il se plaisait à nommer, par analogie avec la hanche à ressort articulaire, son épaule à ressort.

Des craquements se produisent, d'ailleurs, parfois dans son épaule, sans être accompagnés de luxation, à l'occasion de mouvements de grande étendue.

État actuel. — Le sujet n'éprouve aucune gêne dans les mouvements de son articulation scapulo-humérale. Tous sont possibles et indolores ; jamais il n'est survenu de luxation involontaire, malgré qu'il ait pratiqué, depuis l'âge de huit ans, la gymnastique, l'escrime des deux bras, la boxe, la natation.

L'inspection ne révèle aucune différence de volume entre les deux épaules, aucune atrophie musculaire ; la palpation ou la radiographie, aucune malformation osseuse.

Production de la luxation. — Pour produire la luxation, les conditions suivantes sont nécessaires :

1° Que le coude soit fixé sur un point d'appui ;

2° Que le bras soit dans une position telle que l'avant-bras fléchi fasse, avec un plan frontal, un angle inférieur à 135 degrés. La facilité de produire la luxation diminue à

mesure que cet angle augmente. Il est impossible de l'obtenir avec un angle supérieur à 135 degrés ;

3° Que l'angle d'abduction du bras sur le thorax n'atteigne pas 90 degrés ; autrement dit que le coude soit au-dessous d'un plan horizontal passant par l'épaule, le sujet étant debout ou assis. La facilité de produire la luxation diminue à mesure que cet angle augmente.

La position optima est la suivante : sujet assis, le coude appuyé sur un bras de fauteuil bas, l'avant-bras fléchi ramené devant la poitrine, le bras en légère abduction. C'est celle que représente la photographie ci-jointe.

Ces conditions remplies, le sujet, par une contraction musculaire, produit la luxation.

Cette contraction porte sur le grand pectoral. Elle est aisément perceptible à la palpation. Les autres muscles de l'épaule sont dans le relâchement. Elle s'accompagne d'un bruit sourd, sorte de craquement, perceptible à l'oreille, même à distance, surtout si le coude est appuyé sur un meuble en bois faisant caisse de résonnance. Il y correspond une sensation tactile que perçoit la main de l'observateur appliquée sur l'épaule, lorsque la tête humérale franchit le bourrelet glénoïdien avec un léger ressaut.

On peut aussi produire la luxation sans l'intervention du grand pectoral, par une pression d'arrière en avant sur la tête humérale, les muscles de l'épaule étant dans le relâchement. La réduction se produit spontanément dès que cesse la pression. Les phénomènes sont les mêmes.

Examen en état de luxation. — On constate les signes suivants :

1° Une déformation de l'épaule « en épaulette » ; la saillie

de l'extrémité externe de l'acromion s'accentue; une dépression, dans laquelle un doigt peut être introduit, se produit entre celui-ci et la tête humérale ; elle se continue en arrière et en bas entre l'acromion et la tête, et atteint alors la largeur de deux doigts;

2° On voit et palpe nettement la tête humérale, en dessous et en dehors de l'apophyse coracoïde. Il est impossible d'y découvrir de malformation, notamment l'encoche signalée par Malgaigne et Sédillot, étudiée par Popke, et mentionnée par de nombreux auteurs ayant traité des luxations récidivantes (1) malgré que les doigts puissent s'enfoncer assez profondément (2 cm. environ) entre la tête et l'acromion, et plus profondément encore plus bas ;

3° On sent dans le creux de l'aisselle le grand pectoral contracté. Il est difficile de dire avec certitude, l'exploration profonde étant douloureuse, si le sous-scapillaire entre en jeu ; il semble que non. Tous les autres muscles de l'épaule sont dans la résolution ;

4° On note les modifications de dimensions suivantes :

α De l'extrémité de l'acromion au sommet de l'épicondyle.

A l'état normal : 36 centimètres ;

L'épaule étant luxée 37 centimètres : soit un centimètre d'allongement.

β) de l'interligne sterno-claviculaire au bord interne du trochiter :

A l'état normal 15 centimètres.

L'épaule étant luxée 13 centimètres : soit deux centimètres de diminution. (Il ne s'agit pas, pour cette dernière mesure,

1. Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*, III.

d'une rotation en dedans de la tête humérale, puisque l'avant-bras peut être immobilisé, en demi flexion sur le bras, dans un plan vertical, durant que l'on produit la luxation.)

Lors de la luxation, qui peut être maintenue quelques instants sans fatigue, les mouvements d'élévation et d'abduction du bras sont impossibles, sans que survienne la réduction. Il n'en est pas de même du mouvement d'adduction : sans doute parce que les premiers entrainent la décontraction du grand pectoral.

Réduction. — La réduction se produit spontanément, dès que le sujet relâche son grand pectoral. Elle ne s'accompagne pas de contraction des muscles antagonistes. Sans doute leur tonicité, l'action de la capsule tendant à reprendre sa forme normale, et peut-être la pression atmosphérique, invoquée par les auteurs comme moyen d'union accessoire des articulations, suffisent à l'amener.

Elle s'accompagne d'un ressaut, d'un nouveau craquement moins fort que celui qui accompagne la production de la luxation.

La manœuvre n'est pas douloureuse. Néanmoins sa répétition fréquente et prolongée provoque durant quelques instants une très légère douleur, qui se dissipe au bout de quelques minutes et n'est pas ranimée par les mouvements normaux. Le sujet l'effectue même parfois machinalement, par passe-temps.

Les radiographies ci-jointes sont peu démonstratives ; elles l'eussent été davantage s'il eut été possible de placer la plaque dans le creux de l'aisselle, l'ampoule étant au-dessus de l'épaule, mais la difficulté de maintenir la luxation, le bras étant en abduction n'a pas permis de le faire.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Grégoire.)

W..., étudiant en médecine.

Histoire de l'affection. — Les souvenirs du sujet relativement à sa luxation ne remontent qu'à quelques années : trois ou quatre ans. Il s'était aperçu, cependant, il y a cinq ou six ans de la mobilité exagérée de sa hanche droite, sans d'ailleurs y attacher d'importance, puisque ces mouvements anormaux ne lui occasionnaient ni gêne, ni douleur.

A l'épaule, les souvenirs au sujet de sa luxation sont très peu vifs ; et il ne peut préciser ni à quel moment exact, ni à quelle occasion il s'en est aperçu. Il signale, pourtant, le fait intéressant suivant, qui est postérieur au souvenir de la première luxation : un jour en jouant au tennis, il fit un mouvement de circumduction du bras et ressentit à ce moment un craquement dans son épaule droite ; ce craquement fut très douloureux et l'immobilisa pendant quelques jours.

Depuis, à chaque fois qu'une luxation ou un craquement se produisent sous l'influence d'un mouvement volontaire, il n'y a pas de douleur, mais si les choses se passent spontanément dans des mouvements de grande étendue et sans que le sujet y prenne garde, il y a une douleur très vive.

Ces luxations se produisent sans craquements la plupart du temps, ceux-ci n'apparaissant qu'au moment de la réduction de la luxation. Il peut, d'ailleurs, y avoir des craquements sans qu'il y ait pour cela luxation.

Le sujet nous rapporte un fait intéressant : il ne dort

jamais que couché sur le ventre, le bras droit replié sous la tête étant en position de luxation : position qui ne lui a jamais occasionné ni gêne ni fatigue.

Examen

Production de la luxation. — Le bras étant à angle droit avec le corps, sans qu'il soit nécessaire de l'immobiliser et sous l'influence d'un mouvement volontaire (quoique cependant la luxation puisse se faire dans les mouvements spontanés et de grande étendue) ; mouvement volontaire dû à la contraction du sous-épineux, du petit rond, du deltoïde, la tête sort de la glène, sa face cartilagineuse vient s'appuyer sur la face interne du bourrelet sur lequel elle glisse, puis passe au dehors, en produisant un très léger ressaut quelquefois même inappréciable et elle vient se mettre en arrière et légèrement en bas de la glène. La tête est alors bloquée par la face inférieure de l'acromion qui surplombe l'article et vient aussi en contact avec son bord externe où on la sent au-dessous des insertions du deltoïde. A ce moment, en état de luxation, tous les mouvements sont très limités ; seuls quelques mouvements d'abduction et d'adduction du bras sont encore possibles.

Réduction. — La luxation se réduit spontanément quand la contraction musculaire cesse, et que le pectoral, le sous scapulaire entrent en jeu en attirant la tête en avant. Celle-ci regagne la glène en produisant un ressaut beaucoup plus net qu'à l'aller et vient occuper sa position normale.

Signes physiques

Avant la luxation, on ne note pas d'atrophie musculaire, pas de déformation osseuse dans la région ni anomalies

musculaires. L'épaule droite est même légèrement plus forte que l'épaule gauche.

Pendant la luxation, l'épaule est légèrement aplatie en avant et en dehors, la tête fait, au-dessous de l'acromion, une saillie appréciable à la vue et au toucher. Enfin, la saillie de la caracoïde est plus nette.

Pas de raccourcissement du membre.

Pas de troubles nerveux ni vasculaires.

Antécédents personnels. — Le sujet ne signale aucune maladie. Il a toujours joui d'une excellente santé et a toujours pratiqué les sports : bicyclette, tennis, football.

Cependant ses articulations sont toutes très mobiles ; il a deux hanches à ressort et les mouvements de son épaule gauche sont un peu exagérés, sans qu'on puisse, cependant, y découvrir de luxation.

Antécédents héréditaires. — Rien.

OBSERVATION III

(*In* thèse Teicher, 1906. *Ueber Kasuistik der habituellen Schulterluxationen. Ueber einen Fall Luxationsart nach hinten.*)

Le malade, âgé de vingt-deux ans, nommé K..., n'avait jamais été malade. Jadis, il avait fait volontiers de la gymnastique et il s'y est livré jusqu'à sa vingtième année. Dans ces exercices, il ne s'est jamais luxé le bras ; jamais il n'a rien remarqué d'analogue à ses accidents présents, et n'a jamais eu de lésion à l'extrémité supérieure gauche. En octobre 1903, il dut accomplir son service militaire. Il nie avoir rien ressenti

pendant le commencement de la période d'instruction ; avec le temps (vers le commencement de janvier) se fit sentir une certaine faiblesse dans l'épaule gauche, notamment à l'occasion du maniement d'armes ; le bras se fatiguait très vite ; il ne pouvait pas accomplir le commandement complètement ce qui lui attirait de fréquents reproches de l'officier instructeur ; si bien qu'il eut recours finalement aux secours médicaux.

Par l'examen objectif, on peut découvrir ce qui suit :

Le contour de l'épaule est exactement semblable des deux côtés. La distance horizontale de l'un des interstices delto-pectoraux à l'un des plis postérieurs de l'aisselle descendant droit, mesure des deux côtés 21 centimètres. Pas d'obstacles aux mouvements. Par l'élévation du bras gauche jusqu'à l'horizontale, et un mouvement d'abduction, la tête humérale sort de la cavité glénoïde avec un ressaut perceptible unique ; on sent la cavité glénoïde en partie vide, ainsi que la tête humérale, tout à fait distinctement ; cette dernière produit un soulèvement des parties molles, en arrière ; la tête humérale se trouve contre le bord postérieur de la glène. On ne peut rien sentir à la cavité glénoïde, comme grosse modification dans la forme ou la continuité.

Par l'abaissement du bras ou par l'adduction, la luxation se réduit d'elle-même avec un bruit perceptible, de telle façon que les deux bras étant pendants, on ne voit rien d'anormal. Le patient n'éprouve de douleurs que plus tard, s'il répète trop souvent cette manœuvre : elles sont minimes.

On ne constate pas d'atrophie des muscles de l'omoplate, notamment du deltoïde.

Un examen radiographique ne révèle rien d'anormal à l'articulation ; il apparaît, cependant, qu'il existe, entre les

deux portions, un intervalle qui dépasse sans aucune doute la mesure normale. Il faut certainement en chercher l'explication, uniquement dans une grande laxité de la capsule articulaire, qui existe certainement. Cet intervalle devient plus évident encore, le bras étant élevé perpendiculairement, position dans laquelle la luxation se produit avec une particulière aisance.

Ce cas doit être, à tous points de vue, signalé comme extraordinaire et rare; le fait qu'il est unique engendre des obscurités. Ainsi, on ne peut rien signaler de satisfaisant au point de vue étiologique. Le traumatisme reste à découvrir : des lésions répétées, qui aient pu par leur addition amener un relâchement de la capsule, ne sont pas mentionnées. On ne peut retrouver de cause d'une première lésion de la capsule ayant amené une distension capsulaire et une sorte de faiblesse de l'articulation. L'anamnèse ne retient aucune date où soit survenue une affection antérieure inflammatoire ou rhumatismale de l'épaule.

On pourrait en dernière ligne, penser au développement d'une affection nerveuse commençante, en premier lieu, à la syringomyélie, qui se localise assez souvent, avec ses conséquences, dans l'articulation de l'épaule. Mais encore là, nous ne trouvons, dans l'histoire du malade, aucune preuve à l'appui; d'autre part, cette forme d'apparition d'une arthropathie syringomyélique commençante serait pour le moins très extraordinaire. Dans ces cas la laxité de la capsule est presque toujours causée par un épanchement chronique, et les luxations survenant à cette occasion affectent le type pur des luxations par destruction. Nous n'avons, dans notre cas, aucun symptôme de ces deux accidents.

Nous pouvons, tout au moins, nous faire une idée des détails anatomiques qui produisent l'anomalie de position par un mouvement bien défini, puisque nous en sommes réduits aux suppositions, et acceptons l'hypothèse du relâchement capsulaire. La luxation doit être préparée par l'élévation du bras, étendu en avant, horizontalement ; elle survient par l'abduction en cette position. Les muscles qui entrent en jeu pour l'élévation du bras en avant et horizontalement sont en première ligne le long chef du biceps, et le deltoïde. Par leur contraction, la tête humérale est pressée contre le bord postérieur de la glène, dans la mesure du possible ; et peut-être recule-t-elle jusque sur le bord libre de la glène, soit par relâchement de la partie postérieure de la capsule, soit par défaut de développement du bourrelet glénoïdien. Si le bras est alors porté en abduction, la tête glisse sur le bord postérieur de la glène contre le col et la luxation a lieu.

Le patient n'a qu'à faire les mêmes mouvements en sens inverse, pour accomplir lui-même la réduction, à laquelle l'action musculaire contribue bien moins que le poids du bras tombant. Il est remarquable que cette manœuvre est relativement très peu douloureuse, et ce point montre précisément qu'un trouble de la sensibilité centrale est peut-être en jeu ici.

OBSERVATION IV

(*In* Maugis, *la Hanche à ressort.* Thèse de Paris, 1911.)

L. D..., vingt-deux ans, étudiant en médecine, assez gros. S'est aperçu de tout temps qu'il avait un ressaut dans la

hanche droite et qu'il présentait le même phénomène, mais moins accentué, dans la hanche gauche. Il développa peu à peu par l'exercice cette particularité, et il peut produire actuellement le phénomène dans toutes les positions, par mouvement de la jambe (flexion du genou et rotation interne de la jambe), ou par mouvement du bassin, dans la station debout aussi bien que dans la position couchée.

Il est, en outre, capable de luxer en arrière ses épaules droite et gauche, mais surtout la droite. L'omoplate restant fixe, le sujet place le bras en adduction et rotation interne et fléchit le coude en le portant un peu en avant ; on voit alors la partie postérieure du deltoïde se soulever : c'est la tête humérale qui sort de la cavité glénoïde. Le sujet peut maintenir ainsi, assez longtemps et sans fatigue, sa tête humérale en subluxation. Il semble bien que ce sont les muscles postérieurs de la capsule humérale qui tirent la tête ainsi en arrière. Quand le sujet relâche ses muscles, la tête revient en place. Dans la position de subluxation, les mouvements d'adduction sont difficiles.

EXPOSÉ CLINIQUE

L'affection qui nous occupe semble peu fréquente. Il est cependant admissible qu'il se passe, en ce qui la concerne, ce qui eût lieu pour la hanche à ressort : ignorée jadis, les premières descriptions qui en parurent donnèrent lieu à une floraision d'observations.

Sur les cas que nous rapportons ici, trois furent observés chez des sujets appartenant au milieu médical, donc habitués à l'observation. Le quatrième est celui d'un jeune soldat, chez lequel l'affection provoquait une sorte de paresse des mouvements du bras gauche, l'exposant aux reproches de son instructeur, si bien qu'il se décida à se « faire porter malade ». La luxation, jusqu'alors méconnue, fut découverte par le médecin. Peut-être, sans ce concours de circonstances, serait-elle toujours restée ignorée du sujet lui-même.

Il est donc permis de supposer que cette entité pathologique est moins rare qu'il ne semble au premier abord et que nombre de cas passent inaperçus, les porteurs de luxations volontaires de l'épaule n'attachant aucune importance à une particularité

qui ne les gêne pas dans la vie courante, qui n'entrave pas leurs occupations et ne leur cause qu'exceptionnellement des douleurs.

Il est certain, de son propre aveu, que le sujet de notre première observation n'eut pas plus attaché d'importance à ses « craquements » que n'en attachent les enfants à leur subluxation du pouce en arrière, si son attention n'avait pas été éveillée au cours de ses études médicales par les discussions qui eurent lieu au sujet de la hanche à ressort.

Il est donc admissible que cette variété de luxations est moins rare qu'il ne semble.

Les quatre observations que nous rapportons ont trait à des hommes de vingt à vingt-six ans, mais aucun d'eux ne précise de date d'apparition, très lointaine à coup sûr en ce qui concerne les deux premiers.

Tous quatre sont bien portants, vigoureux ; ce ne sont pas des malades. Un seul d'entre eux éprouve à l'occasion du maniement d'arme, qui exige une promptitude spéciale des mouvements, une paresse dans son bras gauche. Tous quatre, par un mouvement physiologique, normal, sont capables de faire sortir plus ou moins complètement la tête humérale de la cavité glénoïde. Ce mouvement, toujours le même pour chacun d'eux, est volontaire ; c'est pour eux une sorte de « truc ». Ils réduisent eux-même, à volonté, la luxation ainsi produite, et n'éprouvent, à la suite de cette manœuvre, aucune souffrance ; à peine, si elle est fréquemment et long-

temps renouvelée, ressentent-ils une sorte de fatigue légèrement douloureuse, bien vite dissipée.

Y a-t-il lieu de créer une distinction entre la luxation volontaire et la luxation récidivante classique d'une part, la luxation ordinaire traumatique d'autre part ? Nous le croyons.

Elle présente, en effet, des caractères tout à fait particuliers que nous ne retrouvons ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux affections.

Elle se produit volontairement, par une manœuvre toujours la même, bien connue du sujet, qui la répète aussi souvent qu'il le veut. Cette manœuvre est constituée par un mouvement qui est normal ; nous entendons par là qu'il est un des mouvements physiologiques de l'articulation ou des groupes musculaires environnants, et qu'il ne peut être considéré comme susceptible de traumatiser l'article, de lui faire violence.

Ce mouvement consiste, dans notre premier cas, en la contraction du grand pectoral ; dans le second, en celle du sous-épineux, du petit rond, du deltoïde ; dans le troisième, en une élévation suivie d'abduction du bras ; dans le quatrième, en la contraction des muscles postérieurs de l'épaule.

La réduction est, elle aussi, volontaire, et ne nécessite jamais de manœuvre spéciale, telle que l'extension, le procédé de Kocher, etc. Il suffit au sujet, de relâcher, dans notre premier cas, son grand pectoral ; dans le second et le quatrième, les muscles entrés en jeu lors de la production ; dans le troisième, de faire

en sens inverse le mouvement qui a produit la luxation. Elle est en quelque sorte automatique et ne nécessite pas le concours de l'homme de l'art.

L'absence de douleurs, de gêne fonctionnelle, constitue aussi une particularité intéressante. Jamais le sujet de notre première observation n'a ressenti le moindre trouble des mouvements de son épaule ; le second dort toujours en position de luxation, ce qui prouve bien qu'il ne souffre pas de cette situation ; quand au troisième, chez lequel ce caractère est moins net, il a fallu son passage au service militaire pour qu'il s'avise de la paresse de son bras gauche, sans même se rendre compte de l'origine à laquelle il la pouvait reporter. Le quatrième ne fait mention ni de douleur ni de gêne.

Notons aussi l'absence de lésion des surfaces articulaires, qui est constante dans tous nos cas, démontrée autant qu'il est possible par le palper et la radiographie.

Enfin, un caractère essentiel est constitué par l'absence de traumatisme originel. Ce caractère, on le retrouve au même degré dans les trois premières observations ; il n'est pas mentionné dans la quatrième, mais nous a été confirmé par le sujet que nous avons pu voir nous-mêmes.

Il semble donc que l'on puisse, à la faveur de ces particularités, isoler une forme de luxations non encore décrite : la luxation volontaire.

ÉTIOLOGIE

Dans aucun des cas que nous rapportons, le sujet n'accuse de traumatisme originel, malgré que son attention ait été attirée sur ce point. Il nous faut donc chercher ailleurs l'étiologie de l'affection.

Les auteurs ont décrit plusieurs causes aux luxations récidivantes de l'épaule : pour les uns, il s'agit d'un relâchement de la capsule ; consécutif à une première luxation d'origine traumatique, pour d'autres, de fracture du rebord glénoïdien ou d'un segment de la tête humérale (1). D'autres incriminent une largeur anormale de la communication entre la bourse séreuse du sous-scapulaire et la cavité articulaire (Roser) ; d'autres, l'arrachement des insertions humérales des muscles sous-épineux et petit rond (2). Broca et Hartmann l'attribuent à un large décollement capsulo-périostique au-devant de la cavité glénoïde, pour ce qui est de la forme extra-coracordienne (3)

1. Bardencheuer-Schuller, *Mercredi médical*, 1890, p. 342.
2. Jessel, *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1880, vol. XIII, p. 167.
3. Broca, *Soc. anatom.*, 1890.

Disons de suite qu'il nous semble que dans la variété qui nous occupe, les hypothèses de la fracture du rebord glénoïdien, ou d'un segment de la tête humérale, l'arrachement des insertions musculaires du sous-épineux et du petit rond, nous paraissent inacceptables. Ces lésions, possibles lorsqu'il y a eu une première luxation traumatique, sont incompatibles, avec l'absence totale d'accident antérieur que nous relatons ; de plus, dans la deuxième observation, le sujet contracte, pour provoquer la luxation, son sous-épineux et son petit rond. Les insertions humérales n'en sont donc pas arrachées.

L'hypothèse de l'agrandissement de la communication entre la bourse séreuse du sous-scapulaire et l'articulation serait admissible pour les sujets des deuxième, troisième et quatrième observations; pour la première, on pourrait adopter celle de Broca et Hartmann. Pour les quatre, l a distension capsulaire nous semble acceptable.

Mais tous ces auteurs admettent l'existence d'une lésion initiale, d'une première luxation traumatique. Or, nous n'en trouvons dans aucun de nos cas.

Un fait nous a frappé : trois d'entre eux se sont adonnés dès l'enfance à la gymnastique et aux sports. Teicher, sans insister sur ce point, sans en tirer de conséquence, mentionne que K... se livrait « volontiers » à la gymnastique. R. T..., qui fait l'objet de notre première observation, en fit quotidiennement de huit à dix-neuf ans. W... a toujours pratiqué les sports. N'y a-t-il pas là une cause occasionnelle qui a pu,

chez un prédisposé, amener un relâchement de la capsule, un agrandissement de ses orifices normaux, peut-être même le décollement capsulo-périostique chez R. T... ?

Notons que W... possède une hanche à ressort, non articulaire, il est vrai, D..., deux hanches à ressort, et que sa luxation volontaire de l'épaule est double, il apparaît donc que leur articulation scapulo-humérale n'est pas seule intéressée et qu'il y a chez eux des anomalies articulaires, non limitées à une épaule.

Quelle peut être l'origine de cette sorte de prédisposition au relâchement des ligaments et des capsules articulaires ? De cette sorte de clownisme partiel ?

Nous ne croyons pouvoir le rapporter à un autre motif, qu'à une dystrophie capsulaire décrite par Mouchet, chez deux sujets porteurs, simultanément, de subluxation intermittente de la hanche (hanche à ressort articulaire) et de coxa vara (1) invoquée par Ombrédanne (2) à l'occasion d'une affection analogue. De même qu'il existe un rachitisme osseux, entraînant une malléabilité particulière du squelette, il existerait, croyons-nous avec Mouchet, un état de moindre résistance articulaire, une dystrophie de la capsule. Celle-ci, moins solide que normalement,

---

1. Albert Mouchet, *Clinique et thérapeutique spéciales* (Manuel du Praticien), 1906, p. 56-57, Paulin, édit. et thèse de Poiffaud, doct. Paris, 1905-1906.
Mouchet et Maugis, *la Hanche à ressort*, Revue générale, *Paris médical*, t. I, 1911, p. 575.
2. Ombrédanne, *Rev. d'Orthop.*, 1912, n° 9, p. 307.

serait susceptible de se laisser distendre par l'action répétée d'agents occasionnels qui, chez un sujet normal, n'auraient provoqué aucun trouble : peut-être les sports, la gymnastique dans les cas qui nous occupent.

Ces causes occasionnelles permettraient, chez les prédisposés, un tiraillement produisant l'allongement lent et graduel de la capsule, l'agrandissement de la cavité articulaire.

Le sujet de notre observation personnelle se souvient, d'ailleurs, d'avoir été présenté à Felizet, à l'âge de trois ou quatre ans, pour une proéminence de l'extrémité inférieure du fémur, qui a diminué avec l'âge, mais dont il reste encore trace.

Le rachitisme osseux, diagnostiqué alors, n'a-t-il pas pu coïncider avec la faiblesse articulaire alors méconnue, dont nous parlons plus haut ?

SYMPTOMES

La symptomatologie des quatre cas que nous rapportons rentre, en état de luxation, dans celle des variétés auxquelles ils appartiennent : extra-coracoïdienne et sous-acromiales. Les seuls signes particuliers sont ceux que nous avons mentionnés lors de notre étude clinique : production et réduction volontaire, absence de douleurs, de traumatisme antérieur, de gêne fonctionnelle consécutive.

En dehors de ces signes, on note, dans notre première observation :

Une déformation en épaulette ;

Un déplacement de la tête humérale en dessous et en dehors de l'apophyse coracoïde ;

Un vide relatif entre l'acromion et la tête ;

Un allongement du membre, et un rapprochement de la tête et de la ligne médiane du corps ;

Dans la seconde observation :

Un aplatissement en avant et en dehors ;

Une saillie de la tête humérale au-dessous de l'acromion ;

Une exagération de la saillie de coracoïde.

Dans la troisième observation :

Un vide relatif de la cavité glénoïde ;

Une saillie de la tête humérale en arrière de la glène, et contre son bord postérieur.

Dans la quatrième observation :

Un soulèvement de la partie postérieure du deltoïde, causé par la tête humérale.

DIAGNOSTIC

La question qui se pose immédiatement est celle-ci : y a-t-il luxation ? La première observation nous semble rentrer dans le cadre de la luxation sous-coracoïdienne incomplète de Malgaigne, extra-coracoïdienne de Panas. Les trois autres, dans celui de la luxation en arrière et en bas (sous-acromiale).

Certaines luxations traumatiques de l'épaule se rapprochent de celles qui nous occupent, par le peu d'étendue du déplacement, entraînant une diminution des symptômes douleur et gêne fonctionnelle. Ce sont celles dont Malgaigne écrit : « la luxation est réduite avant d'avoir été reconnue ». Tout récemment, Miriel en a apporté cinq cas (1) ; elles se distinguent facilement des nôtres par l'absence de production volontaire, par le défaut de récidive à volonté, par le fait que le malade est impuissant à les réduire lui-même.

Les luxations qui surviennent par simple contraction musculaire, telle que l'observation rapportée pas L. Le Fort (2) d'une double luxation spontanée

1. Miriel. *Gazette des Hôpitaux*, 1912, n° 92.
2. L. Le Fort. Société de chirurgie, 18 janvier 1888.

des épaules survenue chez un épileptique à l'occasion d'une crise, pendant son sommeil, par contraction musculaire, n'ont pas le caractère de production volontaire, d'indolence, de réduction spontanée, bien que l'absence de traumatisme initial, le mécanisme de production les rapproche de celles que nous étudions.

La luxation récidivante classique s'en différencie par l'absence de production volontaire, de réduction volontaire ; par la gêne fonctionnelle et la douleur ; et par l'existence d'une première luxation traumatique initiale.

Il existe cependant, semble-t-il, des formes de passage, intermédiaires entre la luxation récidivante classique, et la variété que nous décrivons. Telle celle que rapporte Berger (1), d'un chasseur qui se luxait depuis plusieurs années l'épaule en épaulant son fusil, en mettant la manche d'un habit, etc. Il réduisait lui-même la luxation en tirant sur son bras ou se suspendant, jusqu'au jour où l'accident s'étant produit encore en descendant de voiture, il lui fut impossible de la réduire et il dut avoir recours aux soins du Professeur Berger.

Celle encore, due à M. le Dr Chaput, d'un épileptique dont la première luxation s'était produite la nuit pendant une crise, huit mois auparavant, et se reproduisait depuis, au moins une fois par semaine, la nuit pendant ou non son sommeil et qu'il pouvait

1. Berger. *Bulletins de l'Académie de médecine,* 1894, p. 333.

parfois réduire lui-même (1), peut-être considérée comme une forme de transition,

Dans le premier cas, le malade réduisait lui-même sa luxation, jusqu'au jour où la réduction lui devint impossible ; dans le second, il y avait luxation récidivante par contraction musculaire et parfois réduction par le malade lui-même. Mais, dans l'un comme dans l'autre, il manque des caractères essentiels pour qu'ils rentrent dans notre cadre : production volontaire, absence de gêne.

Quels sont les rapports de la luxation récidivante volontaire de l'épaule, avec la luxation congénitale de l'épaule ?

Dans cette dernière difformité, le malade présente une atrophie osseuse et musculaire du membre. La luxation est permanente ; jamais l'épaule du sujet n'est normale, comme elle l'est chez les nôtres, en dehors des moments où ils provoquent volontairement le déplacement des surfaces articulaires. La force musculaire est atténuée, les mouvements sont gênés. Il semble impossible de faire entrer les cas que nous rapportons dans cette catégorie, non plus que dans celle des luxations par paralysie infantile ou paralysie radiculaire du plexus trachial, (pas de paralysies, pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de la sensibilité).

Teicher émet, au sujet du troisième malade dont nous rapportons l'observation, l'hypothèse d'une

---

1. *In* thèse Fontoynont, 1898, Paris.

lésion du système nerveux central, syringomyélie principalement, pour expliquer l'indolence de la lésion et la distension de l'article. Nous avons reproduit, à la suite de son observation, les commentaires dont il l'accompagne. D'autre part, notre premier sujet a ses réflexes tendineux abolis. Mais n'oublions pas que cette absence des reflexes existe normalement, physiologiquement, chez un certain nombre d'individus. De plus, une affection nerveuse telle que la syringomyélie présenterait sans doute des troubles nerveux autres qu'une arthropathie, qui n'eussent pas échappé, existant sur eux-mêmes, aux trois étudiants en médecine qui font l'objet de trois des observations que nous rapportons. Cette hypothèse nous semble donc, au moins en ce qui concerne ces trois cas, inadmissible, et nous ne confondrons pas, la luxation volontaire, avec une manifestation arthropatique d'une lésion du système nerveux central.

ÉVOLUTION

La luxation récidivante volontaire semble, d'après les cas que nous rapportons, rester stationnaire, ou du moins avoir une évolution très lente. Chez les sujets de nos deux premières observations, l'état est resté stationnaire depuis qu'ils ont pu remarquer l'existence de la lésion.

La question qui se pose est celle de la possibilité de transformation de la luxation volontaire en luxation récidivante involontaire. Elle semblerait, au premier abord, pouvoir être déduite, par analogie, du cas cité plus haut, du malade du Professeur Berger. Mais, il ne s'agissait pas dans ce cas d'une luxation volontaire, aussi ne pouvons-nous rien déduire avec quelque certitude de cet exemple. Nous croyons, au contraire, pouvoir, à bon droit, supposer, par suite de l'état stationnaire où est restée la lésion durant plusieurs années dans deux cas, que l'aggravation doit être rare, si elle existe, et en tous cas, très lente.

De plus la dystrophie capsulaire que nous avons invoquée comme cause de la lésion peut cesser lorsque le sujet avance en âge, de sorte que la mal-

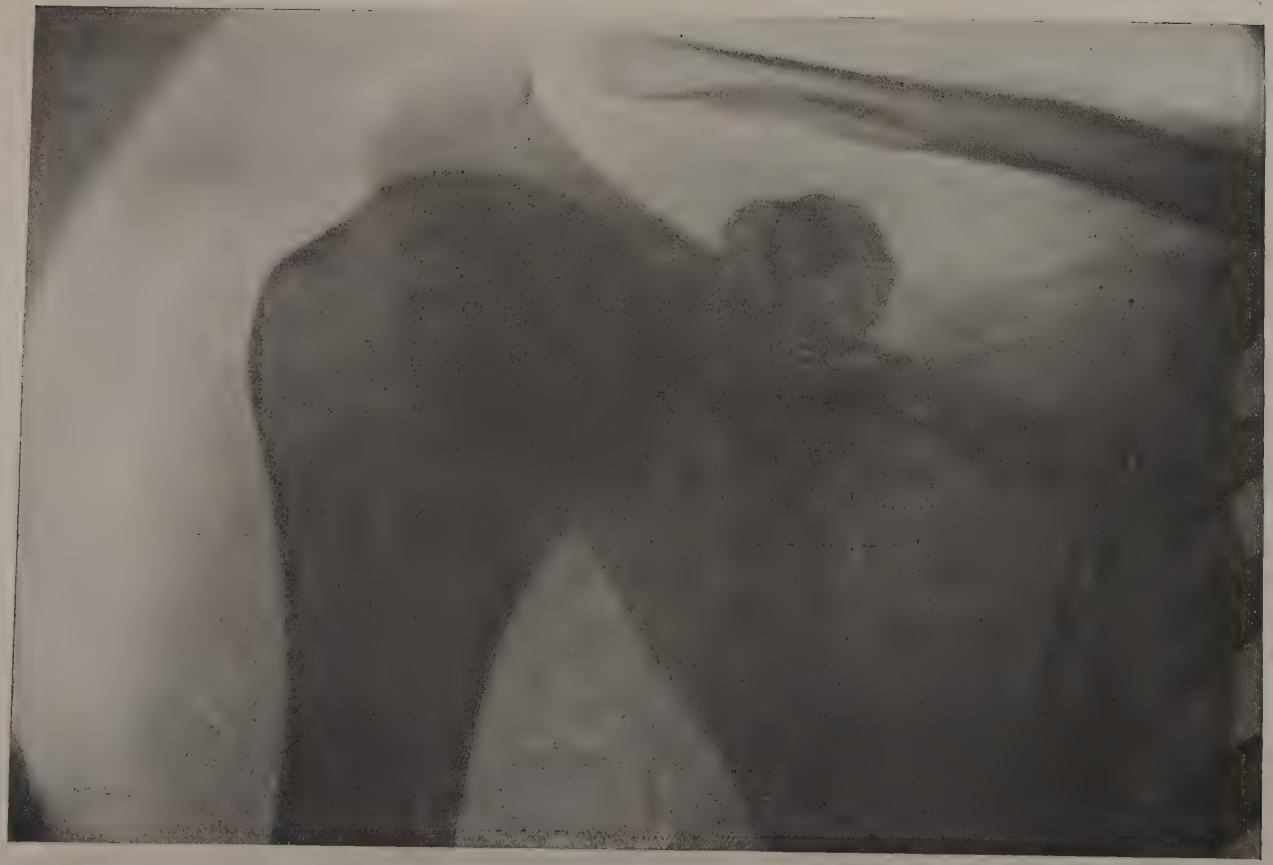
léabilité qui a permis la distension disparaissant, cette dernière ne peut plus s'accroître.

Une raison semble encore militer en faveur de cette impossibilité d'aggravation : les sujets de nos deux premières observations sont fréquemment en position de luxation, l'un la produisant machinalement, par passe-temps, l'autre dormant chaque nuit avec l'épaule luxée. Il semble que cette répétition devrait favoriser l'accroissement rapide de l'étendue du déplacement ; or il n'en est rien, ni dans un cas, ni dans l'autre.

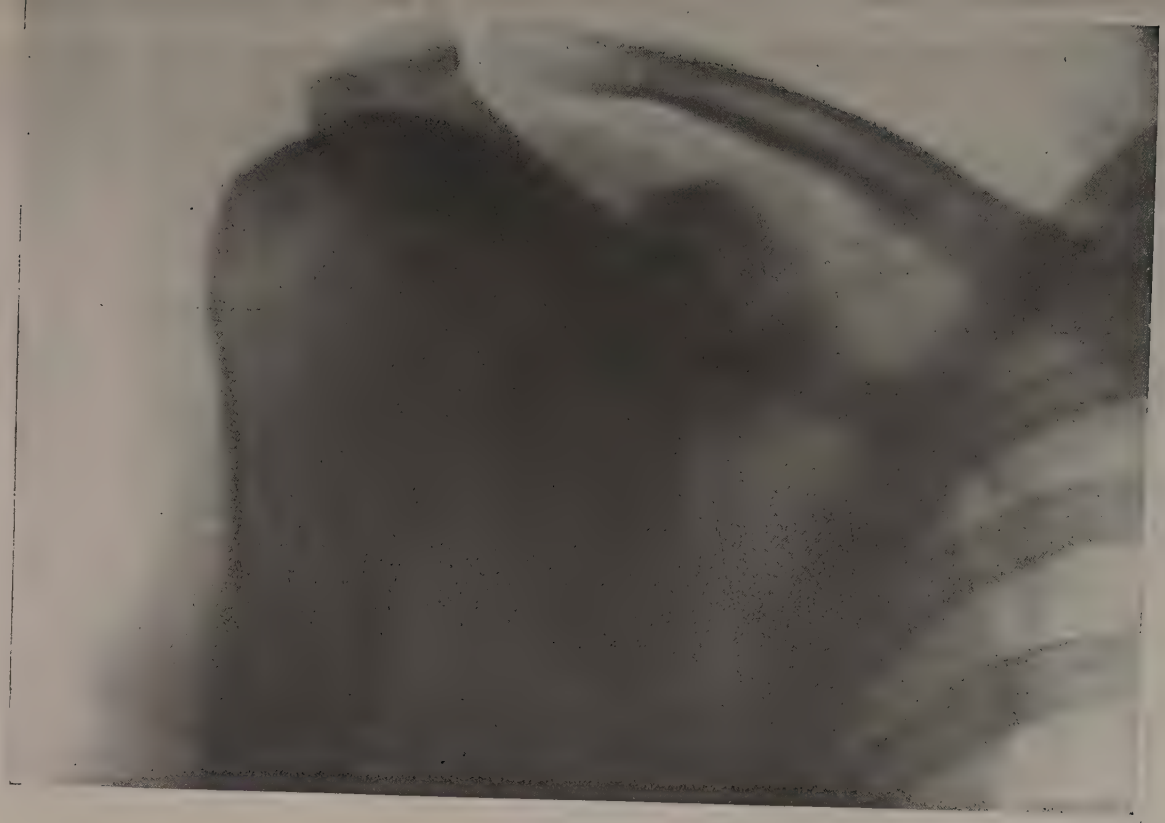
TRAITEMENT

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'appliquer un traitement à un état qui n'entraîne ni impotence fonctionnelle ni douleur. Si, cependant, l'aggravation de la lésion, rendait nécessaire une intervention, on pourrait recourir à une des opérations applicables à la luxation récidivante. Parmi celles-ci, la capsulorraphie avec ou sans arthrotomie nous semble l'intervention de choix.

I. — R. T... en état de luxation.



II. — Épaule gauche non luxée de R. T...



III. — Épaule gauche luxée de R. T...

IV. — Épaule de W... non luxée.

V. — Épaule de W... luxée.

VI. — Epaule droite de D... non luxée (remarquer l'écartement des deux surfaces articulaires.)

VII. — Épaule droite de D... luxée.

VIII. — D... en état de luxation.

CONCLUSIONS

1° Il existe des subluxations volontaires de l'articulation scapulo-humérale ;

2° Celles de ces subluxations que nous avons observées appartiennent aux variétés extra-coracoïdienne et sous-acromiale ;

3° Elles se produisent à la volonté du sujet, indépendamment de toute luxation traumatique primitive, se réduisent à la volonté du sujet, et n'entraînent pas de douleur ou de gêne fonctionnelle importante ;

4° Elles résultent, vraisemblablement, d'une distension progressive de la capsule, permise par une dystrophie capsulaire, distension pouvant reconnaître la pratique de certains exercices physiques comme cause occasionnelle ;

5° L'affection semble ne pas progresser après une certaine limite ;

6° Elle ne nécessite pas de traitement ; si elle s'aggravait de façon à en exiger un, il y aurait lieu d'appliquer celui des luxations récidivantes de l'épaule.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, III.

Le Dentu et Delbet. — Nouveau traité de chirurgie.

Picqué et Mauclaire. — Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations.

Hennequin et Lœwy. — Luxations des grandes articulations.

Tillaux. — Anatomie topographique, p. 509.

Verneuil. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1894, p. 330.

Mouchet. — Clinique et Thérapeutique spéciales (Manuel du Praticien, 1906, p. 56-57, Paulin édit.), et Thèse doct. Poiffaud, Paris, 1905-1906 et Mouchet et Maugis, Revue générale sur la hanche à ressort (Paris médical, t. I, 1911, p. 575).

Panas. — Article épaule (Dictionnaire Jaccoud).

Broca. — Société d'anatomie, 1890.

L. Le Fort. — Bulletin de la société de chirurgie, 1886, p. 491 et 18 janvier 1888.

Schuler. — Mercredi médical, 1890, p. 342.

Teicher. — Zur Kasnislik der habituellen schulterluxationen. Uber einen Fall diser Luxationsart nach hinten. Inaug. dissert, 1906.

Bardenheuer-Schuller. — Mercredi médical, 1890, p. 342.

Jessel. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1880, vol. XIII, p. 167.

Ombredanne. — Revue d'orthopédie, 1912, n° 5, p. 307.

Miriel. — Gazette des Hôpitaux, 1912, n° 92.

Berger. — Bulletins de l'Académie de Médecine, 1894, p. 333.

Fontoynont. — Luxations récidivantes de l'épaule. Thèse de Paris, 1898.

Maugis. — La Hanche à ressort. Thèse de Paris, 1911, p. 147.